



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2015

Rauchstopp-Behandlung bei COPD-Patienten

Schuurmans, M M ; Müller, M ; Pfisterer, J ; Clair, C ; Karrer, W

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-117878>

Journal Article

Published Version



The following work is licensed under a Creative Commons: Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.

Originally published at:

Schuurmans, M M; Müller, M; Pfisterer, J; Clair, C; Karrer, W (2015). Rauchstopp-Behandlung bei COPD-Patienten. Swiss Medical Forum, 15(49):1155-1158.

Rauchstopp-Behandlung bei COPD-Patienten

Macé M. Schuurmans^a, Marc Müller^b, Jürg Pfisterer^c, Carole Clair^c, Werner Karrer^a

Empfehlungen der Arbeitsgruppe Tabakprävention/Rauchstopp der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie^a, von Hausärzte Schweiz^b und der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin^c

Die Artikel in der Rubrik «Richtlinien» geben nicht unbedingt die Ansicht der SMF-Redaktion wieder. Die Inhalte unterstehen der redaktionellen Verantwortung der unterzeichnenden Fachgesellschaft bzw. Arbeitsgruppe.

Erfassung und Beurteilung der Tabakabhängigkeit durch Arzt: Grundlage einer guten Behandlungsstrategie

Der Rauchstopp ist die effizienteste und einzige Intervention, welche die Progression der chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), gemessen am Lungenfunktionsabfall, aufhalten kann. Zudem erhöht er die Überlebensrate und die Lebensqualität. Deshalb sollte der Rauchstopp die höchste Priorität in der Behandlung der COPD einnehmen [1, 2]. Bei Rauchenden mit COPD sollte mindestens einmal jährlich eine Rauchstopp-Kurzintervention (Ansprechen des Themas, Bezug zur Erkrankung, Vorteile des Rauchstopps, Behandlungsangebot) durchgeführt werden, und zwar auch dann, wenn die Motivationslage gering erscheint. Bei Wunsch nach Rauchstopp sind wiederholte Beratungen in Kombination mit medikamentöser Unterstützung indiziert. Dabei kommen über zwei bis drei Monate Nikotinersatzpräparate (in der Regel zwei Darreichungsformen kombiniert), Bupropion oder Vareniclin zur Anwendung. Diese Empfehlung basiert auf der Tatsache, dass rauchende COPD-Patienten durchschnittlich eine höhere Nikotinabhängigkeit aufweisen als Ex-Rauchende mit COPD oder andere Rauchende ohne Lungenerkrankungen und die genannten Medikamente erwiesenermassen auch bei den rauchenden COPD-Patienten wirksam sind [2].

Die Mehrheit der Rauchenden möchte mit dem Rauchen aufhören [2, 3]. Rauchende erwarten, dass man sie von ärztlicher Seite auf das Thema anspricht, dass man ihnen einen Rauchstopp empfiehlt und Hilfestellung zum Aufhören anbietet [3]. Dabei ist es sinnvoll, die positiven Auswirkungen des Rauchstopps auf die pulmonalen Symptome zu erörtern (siehe «Informationsblatt für Rauchende», im Anhang an die Onlineversion des Artikels unter www.medicalforum.ch einsehbar). Bei der Ärzteschaft ist bekannt, dass die Erfolgschance von spontanen Rauchstoppversuchen sehr gering ist (3–5% Einjahresabstinenz). Wiederholte Beratungen verdoppeln die Chancen, und die zusätzliche Gabe von Medikamenten während mindestens zwei bis drei Monaten führt zu den höchsten langfristigen Abstinenzraten (27–33% Einjahresabstinenz) [4]. Bei Rauchenden besteht jedoch oftmals die Meinung, dass der Rauchstopp eine reine «Willenssache» sei und daher die rauchende Person den Rauchstopp ganz alleine beschliessen und umsetzen müsse [5]. Obwohl die Eigenleistung beim Rauchstopp einen grossen Stellenwert einnimmt, ist der Rauchstopp mittels professioneller Beratung und medikamentöser Unterstützung mit deutlich höheren Erfolgsraten assoziiert als spontane Rauchstoppversuche [1, 2]. Die Aufklärung über die Erfolgschancen diverser Entwöhnungsstrategien gehört daher ebenso zur ärztlichen Aufgabe wie das Verschreiben eines unterstützenden Medikamentes oder die Vermittlung von professioneller Hilfe für die wiederholte Rauchstoppberatung (Tab. 1). Beim Ansprechen des Themas («Ist Rauchstopp für Sie ein Thema?»; «Haben Sie schon einmal mit dem Rauchen aufgehört?») ist es wesentlicher, eine empathische Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen, als sich auf rein medizinische Argumente zu versteifen [5, 6]. Motivierende Gesprächsführung ist eine geeignete Methode, diese Patienten auf dem Weg zum Rauchstopp zu begleiten.

Beratung und Verhaltenstherapie

Die Beratung der Rauchenden (Verhaltenstherapie) ist von zentraler Bedeutung für den Behandlungserfolg. Die Erfolgsrate korreliert mit der Intensität der Inter-

Tabelle 1: Metaanalyse der Wirksamkeit und 6-Monate-Abstinenzrate für verschiedene Medikamente im Vergleich zu Placebo. Daten von Rauchenden in der Regel ohne schwere Begleiterkrankungen (gekürzt nach [4]).

Medikation	Errechnete OR (95%-KI)	Errechnete Abstinenzrate in % (95%-KI)
Placebo	1,0 (Ref.)	13,8
Vareniclin (2 mg/Tag)	3,1 (2,5–3,8)	33,2 (28,9–37,8)
Hochdosis NET-Pflaster (>25 mg)	2,3 (1,7–3,0)	26,5 (21,3–32,5)
Langzeit-NET-Kaugummi (>14 Wochen)	2,2 (1,5–3,2)	26,1 (19,7–33,6)
NET-Pflaster plus NET-Inhaler	2,2 (1,3–3,6)	25,8 (17,4–36,5)
Vareniclin (1 mg/Tag)	2,1 (1,5–3,0)	25,4 (19,6–32,2)
NET-Inhaler	2,1 (1,5–2,9)	24,8 (19,1–31,6)
Bupropion SR	2,0 (1,8–2,2)	24,2 (22,2–26,4)
NET-Pflaster (6–14 Wochen)	1,9 (1,7–2,2)	23,4 (21,3–25,8)
NET-Kaugummi (6–14 Wochen)	1,5 (1,2–1,7)	19,0 (16,5–21,9)

NET = Nikotinersatztherapie; OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall.

vention (d.h. Anzahl und Dauer der Therapiesitzungen). Die besten Resultate werden erzielt, wenn mindestens vier persönliche Beratungsgespräche von 10–15 Minuten in den ersten drei Monaten nach dem erfolgten Rauchstopp stattfinden und mindestens zwei verschiedene medizinische Fachpersonen am Beratungsprozess beteiligt sind (z.B. Arzt und Rauchstopp-kundige nicht-ärztliche Fachperson) [2]. Ergänzend zu den persönlichen Beratungen kann auch die «Rauchstopplinie» (Telefon-Hotline 0848 000 181) empfohlen werden.

Die persönlichen Beratungstermine sind für die Besprechung der Probleme bei Rauchstopp (Entzugssymptome, Gewichtszunahme, Rückfallsituationen etc.) sowie zur Erfassung von Nebenwirkungen der Medikamente wichtig (Tab. 2). Dadurch ist eine Anpassung der Medikamente möglich. Mittels eines handlichen Messgerätes kann die Menge des ausgeatmeten Kohlenmonoxids (CO) quantifiziert werden. Ein tiefer CO-Wert (<10 ppm oder <2%) dokumentiert die Rauchabstinenz von ca. 6 Stunden. Viele Patienten empfinden diese regelmässige Objektivierung des Rauchstopperfolgs durch die Dokumentation der Abnahme des CO als motivierend [4, 5]. Gewisse Beratungselemente sind in Studien bei COPD-Patienten mit höheren Erfolgsraten assoziiert [7]:

- Unterstützung bei der Erstellung eines Handlungsplanes bzw. Entwicklung eines Behandlungsplanes;
- Förderung der Eigendokumentation (des Rauchverhaltens);
- Beratung bezüglich Methoden der Gewichtskontrolle;
- Empfehlung/Förderung der sozialen Unterstützung.

Tabelle 2: Entzugssymptome.

Das Entzugssyndrom tritt je nach Abhängigkeitsgrad schon nach wenigen Stunden Rauchabstinenz auf, erreicht das Maximum nach zwei bis drei Tagen und dauert in der Regel ein bis vier Wochen, selten Monate [8].

Pulsverlangsamung
Abfall des diastolischen Blutdrucks
Aggressivität, Reizbarkeit
Stimmungsschwankungen
Depressivität
Nervosität
Unruhe
Ängstlichkeit
Verminderte Konzentrationsfähigkeit
Schweissausbrüche
Schlafstörungen
Gesteigerter Appetit
Gewichtszunahme
Obstipation

Es ist wichtig, den Grad der Abhängigkeit anhand des Fagerström-Tests für Nikotinabhängigkeit zu ermitteln, da dieser mit den zu erwartenden Entzugssymptomen korreliert und die medikamentöse Therapie rechtfertigt (Tab. 3). Die Schweizer Empfehlungen aus dem Jahre 2011 helfen bei der stadiengerechten Therapiewahl unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und des Nebenwirkungsprofils [9]. Im Unterschied zu den genannten Empfehlungen haben Strategien ohne Medikamente oder Nikotinersatz-Monotherapien praktisch keinen Stellenwert für einen effizienten Rauchstopp bei Rauchenden mit COPD [1, 2]. Eine Kombinationstherapie mit zwei verschiedenen Nikotinersatzprodukten oder die Anwendung von Bupropion oder Vareniclin werden für diese Patienten empfohlen [10].

Tabelle 3: Fagerström-Test für Nikotin-Abhängigkeit (FTND) [8].

Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

- nach 5 Minuten (3 Punkte)
- nach 6–30 Minuten (2 Punkte)
- nach 31–60 Minuten (1 Punkt)
- nach mehr als 60 Minuten (0 Punkte)

Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen zu unterlassen?

- ja (1 Punkt)
- nein (0 Punkte)

Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

- die erste am Morgen (1 Punkt)
- andere (0 Punkte)

Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?

- 31 und mehr (3 Punkte)
- 21–30 (2 Punkte)
- 11–20 (1 Punkt)
- bis 10 (0 Punkte)

Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- ja (1 Punkt)
- nein (0 Punkte)

Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- ja (1 Punkt)
- nein (0 Punkte)

Auswertung des FTND

Die Gesamtpunktzahl liefert eine zuverlässige Einschätzung der Stärke der Tabakabhängigkeit.
 0–2 Punkte sprechen für eine geringe körperliche Abhängigkeit.
 3–5 Punkte sprechen für eine mittlere körperliche Abhängigkeit.
 6–7 Punkte sprechen für eine starke körperliche Abhängigkeit.
 8–10 Punkte sprechen für eine sehr starke Abhängigkeit.

Pharmakotherapie / Medikamentöse Therapie

Nikotinersatztherapie (NET)

Die Nikotinersatzprodukte (NET) (Nicorette®, Nicotinell®) sind rezeptfrei in folgenden Darreichungsformen erhältlich: Pflaster, Kaugummi, Lutschtablette, Microtabs, Inhaler und Mundspray (Tab. 4 für Dosierung). Die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Produkte sind gut belegt [10]. Grundsätzlich gilt, dass die Einnahme von reinem Nikotin in jedem Fall besser ist als das Rauchen, auch ist die Gefahr einer Abhängigkeit von NET als gering einzustufen.

Häufig werden NET ungenügend dosiert und zu kurz angewendet. Nicht-korrekte Anwendung mit entsprechend schlechter Verträglichkeit sind auch Gründe für diese Unterdosierung [5]. Gerade bei der COPD wird eine Kombinationsbehandlung (z.B. Pflaster plus Kaugummi) empfohlen, da sie wirksamer ist als eine Monotherapie. Um Nebenwirkungen auf Mundschleimhaut und Verdauungstrakt zu verhindern (Irritationen, Dyspepsie, Nausea, Schluckauf), sollten Nikotinkaugummis nur kurzzeitig gekaut (ca. 15 Sekunden) und immer wieder Kaupausen eingehalten werden. Ähnliches gilt für die Anwendung der Lutschtabletten. Der Inhalt des Nikotin-Inhalers sollte nicht wie eine Zigarette inhaliert, sondern gepafft werden. Tiefe Inhalationen führen oft zu Husten. Es lohnt sich, dem Patienten die «Pafftechnik» zu erklären: Beim Paffen wird wiederholt kurzzeitig das Mundstück von den Lippen umschlossen und das Luft-Nikotin-Gemisch in den Mund

hineingeblasen, wo die Hauptresorption des Nikotins stattfindet.

Während der Anwendung von NET ist die Gewichtszunahme in der Regel weniger problematisch. Elektronische Zigaretten mit Nikotin sind zurzeit in der Schweiz verboten, können jedoch für den Eigengebrauch im Ausland bestellt werden. Sie sind nicht als Medikamente registriert. Die Wirksamkeit und Sicherheit als Rauchstoppilfe ist nicht ausreichend untersucht, so dass E-Zigaretten momentan nicht empfohlen werden [11].

Bupropion (Zyban®)

Bupropion ist ein mildes Antidepressivum, das via das dopaminerge und noradrenerge System wirkt [10]. Bupropion reduziert den Schweregrad der Entzugssymptome ebenso wie das Verlangen nach der Zigarette. Wichtige Kontraindikationen sind Epilepsie, Alkohol- und Benzodiazepin-Entzug, Essstörungen und Schwangerschaft/Stillzeit. Die empfohlene Anwendungsdauer beträgt drei Monate. Bupropion kann mit NET kombiniert werden. Häufige Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit, intensive Träume und Insomnie [10]. Eine Gewichtszunahme ist, besonders wenn mit NET kombiniert, mit Bupropion weniger problematisch. Bupropion ist für Patienten mit COPD kassenpflichtig.

Vareniclin (Champix®)

Vareniclin wirkt über das nikotinerge Acetylcholin-System. Unter anderem werden das Belohnungsgefühl beim fortgesetzten Rauchen vermindert und der Rauchstoppprozess günstig beeinflusst [12]. Insgesamt ist durch die Behandlung das Nikotin-Entzugssyndrom vermindert, und die Erfolgchancen für eine andauernde Rauchabstinenz sind verdreifacht [2, 7]. Die empfohlene Behandlungsdauer beträgt drei Monate. Die häufigsten Nebenwirkungen sind gastrointestinal, vorwiegend Nausea, aber auch Blähungen oder Verstopfung. Es treten auch Schlafstörungen bzw. vermehrtes Träumen auf. Die Einnahme der Tabletten nach dem Essen oder mit genügend Wasser (zwei Gläser) reduziert die Nausea [5].

Für Vareniclin sind diverse Nebenwirkungsmeldungen zu Suizidalität, Depression, kardiovaskulären Ereignissen und aggressivem Verhalten in den Medien erschienen. Analysen zum Nutzen-Risiko von Vareniclin zeigten, dass der Nutzen das geringe Risiko für die erwähnten Nebenwirkungen klar überwiegt. Dennoch sollte bei anamnestischen Hinweisen für solche Symptome oder Erkrankungen vor oder während der Einnahme von Vareniclin das Medikament nur nach einer entsprechenden Risikoabwägung und unter engmaschiger ärztlicher Kontrolle angewendet werden [12]. Vareniclin ist für Patienten mit COPD kassenpflichtig.

Tabelle 4: Übersicht Medikamentendosierungen.

Medikament/Einzeldosis (Packungsgrösse)	Dosierungshinweise
Nikotinersatztherapie (NET)	
Nicorette® Kaudepots 2 mg oder 4 mg (30)	Bis 15/Tag
Nicorette® Inhaler 10 mg (18)	Bis 12 Patronen/Tag
Nicorette® Invisi Patch (Pflaster)* 25, 15, 10 mg/16 h (14)	Ein Pflaster pro Tag. Dosisreduktion während 8 Wochen (25 → 15 → 10 → Stopp).
Nicorette® Microtab Original Sublingual Tabl 2 mg (30)	Bis 30/Tag
Nicorette® Spray (Mundspray 1 mg) (150 Dosierungen)	Bis 64 Sprays/Tag
Nicotinell® Matrixpflaster* 21, 14, 7 mg/24 h (7)	Dosisreduktion monatlich
Nicotinell® Gum (Kaugummi) 2 mg oder 4 mg (24 und 96)	Bis 15/Tag
Nicotinell® Lutschtabl 1 mg oder 2 mg (36)	Bis 15/Tag
Bupropion*	
Zyban® Ret Tabl 150 mg (30; 60)	1× 1 für 6 Tage, dann 2× 1 (Abstand mind. 8h)
Vareniclin**	
Champix® 0,5 mg (56), 1 mg (56) oder Initial- packung (0,5 mg und 1 mg für erste 4 Wochen)	Tag 1–3: 1× 0,5 mg, Tag 4–7: 2× 0,5 mg, ab Tag 8: 2× 1 mg

* Beginn mit höherer Dosierung, Dosisreduktion über Monate bzw. Wochen (siehe Packungsbeilage).

** Beginn 1–2 Wochen vor Rauchabstinenz. Quelle: www.compendium.ch

Es ist wichtig zu wissen, dass der Nikotinentzug selbst zu einer Depression führen kann [1, 2]. Deshalb sollten depressive Symptome bei jeder Rauchstoppberatung beachtet und bei der Wahl der Behandlung berücksichtigt werden.

Überweisung an Spezialisten

Hausärzte spielen bei der Qualität des ambulanten COPD-Managements eine zentrale Rolle. Die Kollaboration mit den Spezialisten und entsprechende Überweisungen sind jedoch wichtig und in folgenden Fällen dringlich empfohlen:

- Wiederholte Rückfälle trotz medikamentöser Therapie;
- Relevante psychiatrische oder kardiologische Komorbidität;
- Mehrfach-Abhängigkeiten oder Polymedikation.

Fazit

Rauchstopp-Beratung gehört zur kausalen Basisbehandlung bei der Diagnose COPD, unabhängig vom Motivationsgrad der Rauchenden. Bei geringer Motivation erfolgt eine Kurzintervention und eine Vereinbarung, zu welchem Zeitpunkt das Thema Rauchstopp erneut besprochen werden soll. Bei Motivation zum Rauchstopp ist eine wiederholte Beratung und medikamentöse Unterstützung die Therapie der Wahl: Da COPD-Patienten erwiesenermassen stärker nikotinabhängig sind, sollten sie immer eine kombinierte Therapie mit Beratung und medikamentöser Unterstützung erhalten, da die alleinige Beratung oder die alleinige

medikamentöse Unterstützung eindeutig weniger Erfolg bringt als die Kombination.

Disclosure statement

Kein Autor hat Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Manuskript. QualiCCare unterstützte die Autoren (MMS, CC, WK) bei der Finalisierung des Manuskriptes und veranlasste die Übersetzung.

Abbildung im Inhaltsverzeichnis

© Ionut Banica | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Warnier MJ, van Riet EE, Rutten FH, De Bruin ML, Sachs AP. Smoking cessation strategies in patients with COPD. *Eur Respir J*. 2013 Mar; 41(3):727–34
- 2 Tonnesen H. Smoking cessation and COPD. *Eur Respir Rev* March 1, 2013 vol. 22 no. 127 37–43
- 3 Keller R, Radtke T, Krebs H, Hornung R. Der Tabakkonsum der Schweizer Bevölkerung in den Jahren 2001–2010. *Tabakmonitoring-Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum*. 2011.
- 4 2008 PHS Guideline Update Panel L, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update u.S. Public health service clinical practice guideline executive summary. *Respir Care*. 2008;53:1217–22
- 5 Schuurmans MM, Burkhalter AK, Zellweger JP. Rauchstopp-Beratung für die Praxis. Evidenz-basierte Informationen und erfahrungsmethodische Tipps. *Schweiz Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*. 02.2009;27–34
- 6 Cornuz J. Die Betreuung tabakabhängiger Patienten. *Primary Care* 2013;13:6:107–9.
- 7 Bartlett YK, Sheeran P, Hawley MS. Effective behaviour change techniques in smoking cessation interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *Br J Health Psychol*. 2014 Feb;19(1):181–203.
- 8 Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The fagerstrom test for nicotine dependence: A revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86:1119–27
- 9 Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP et al. . Tabakentwöhnung. Teil 1: Wie es geht und was es bringt. *Swiss Med Forum*. 2011;9:156–9
- 10 Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, Mayayo Ullbarri M, Cristobal Fernández M, Lopez Gonzalez G. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. *Nicotine Tob Res*. 2012 Sep;14(9):1035–9.
- 11 Schuurmans MM, Barben J. Stellungnahme zu E-Zigaretten. *Schweizerische Aerztezeitung* 2014;95:16–7
- 12 Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest*. 2011 Mar;139(3):591–9.

Korrespondenz:
PD Dr. med.
Macé M. Schuurmans
Co-Präsident Arbeitsgruppe
Tabakprävention/Rauchstopp der Schweizerischen
Gesellschaft für Pneumologie (SGP)
Klinik für Pneumologie
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
mace.schuurmans[at]usz.ch

Informationsblatt für Rauchende

Tipps für rauchstopp-interessierte Rauchende

Rauchen von Tabakprodukten führt meistens zur Nikotinabhängigkeit. Dies ist eine Suchterkrankung, die zu zahlreichen Folgekrankheiten führt und die Lebensdauer der Rauchenden um durchschnittlich zehn Jahre verkürzt. Die Mehrheit der Rauchenden wünscht einen Rauchstopp und braucht dazu mehrere Versuche. Die Erfolgsraten für den Rauchstopp sind mit einer wiederholten Beratung und vorübergehenden Anwendung von Medikamenten zirka sechsfach höher als ohne diese Unterstützung. Dieses Informationsblatt richtet sich speziell an Rauchende mit chronischer obstruktiver Lungenkrankheit (COPD), eine Erkrankung, die in den meisten Fällen durch langjähriges Rauchen entsteht.

Rauchen hat negative Auswirkungen auf fast alle Organe im Körper. Ein kompletter Rauchstopp führt zu vielen gesundheitlichen Vorteilen.

Bezüglich der Lungengesundheit hat Rauchstopp einen positiven Effekt auf:

- Lungenfunktion
- Sauerstoffaufnahmefähigkeit der Lunge
- Atemnot/Luftnot
- Husten
- Verschleimung
- Atemwegsverengung
- Überempfindlichkeit der Bronchien
- Infekte der Atemwege
- Anzahl der COPD-Verschlechterungsphasen
- Todesfälle

Beanspruchen Sie professionelle Hilfe und eine medikamentöse Unterstützung

Die Mehrheit der Rauchenden möchte mit dem Rauchen aufhören, und dafür gibt es gute Gründe, zum Beispiel die Gesundheit (Hautalterung, Lungen- oder Herzkrankheiten, Impotenz etc.) oder die Kosten. Oftmals sind Rauchende überzeugt, dass sie es ganz alleine schaffen werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Leider gelingt es auf diese Weise jedoch nur ganz wenigen (ca. 3–5%), längerfristig rauchfrei zu bleiben. Die anderen haben Rückfälle und sind manchmal entmutigt.

Es ist bekannt, dass Rauchende mit der Diagnose COPD eine stärkere Tabakabhängigkeit haben als solche ohne

diese Diagnose. Deshalb empfiehlt es sich, eine Therapie zu wählen, welche die Entzugssymptome mit Hilfe von Medikamenten lindert. Zusätzlich erhöhen wiederholte Rauchstopp-Beratungsgespräche mit einer medizinischen Fachperson Ihre Chancen auf einen anhaltenden Erfolg um das Sechsfache (zirka 30%).

Als Medikamente kommen eine Kombination von zwei verschiedenen Nikotinersatzpräparaten, zum Beispiel Pflaster und Kaugummi (ohne Rezept erhältlich), Bupropion oder Vareniclin (rezeptpflichtig) in Frage. Bei der Medikamentenwahl berücksichtigt der Arzt oder die Beratungsperson Ihre bisherigen Rauchstopperfahrungen und Ihren Gesundheitszustand.

Verhaltensveränderung verlangt nach neuen Routinen

Nikotinabhängigkeit ist eine Erkrankung, die nicht nur den Körper und die Psyche, sondern auch das Verhalten stark beeinflusst. Deshalb müssen Sie gewisse Verhaltensmuster ändern, um typische Rauchmomente zu vermeiden oder sich bei starkem Verlangen nach der Zigarette vorübergehend abzulenken. Diese schwierigen Momente dauern meist nur wenige Minuten. Beispiele möglicher Ablenkungsaktivitäten sind: ein Glas Wasser trinken, etwas kauen (Kaugummi, Karotte), telefonieren oder körperliche Aktivität (kurzer Spaziergang, Treppen gehen, etwas abwaschen, Kopierauftrag erledigen). Nichtraucher erspart Ihnen die Zigarettencosten: Das täglich gesparte Geld können Sie in einen Topf/

ein Sparschwein legen und so das Ersparte sichtbar machen. Auf diese Weise lässt sich das Geld für eine Reise oder einen Gegenstand rascher ansammeln, als wenn Sie weiterrauchen würden! Manche Rauchenden belohnen sich mit etwas, wenn sie einen Tag, eine Woche oder einen Monat lang rauchfrei geblieben sind. Die Aussicht auf eine Belohnung kann Ihnen manchmal helfen, trotz schwieriger Momente an Ihrem Ziel Rauchfreiheit festzuhalten.

Die korrekte Anwendung von Medikamenten/ Ersatzprodukten ist für die gute Verträglichkeit und Wirksamkeit entscheidend

Nikotinkaugummi

Die Verträglichkeit und der Geschmack sind erheblich besser, wenn sie korrekt angewendet werden. Wichtig ist, nur wenige Sekunden zu kauen und dann den Kaugummi zwischen Backenzähnen und Wange während ein bis zwei Minuten zu «parkieren»; dann wieder kurzzeitig kauen. Somit kommt der Wirkstoff (Nikotin) dosiert in den Kreislauf, und die Nebenwirkungen sind geringer.

Nikotin-Lutschtablette

Es gilt das Gleiche wie für Kaugummis. Die Lutschtabletten sollten nur kurzzeitig (wenige Sekunden) gelutscht und dazwischen in der Bockentasche während ein bis zwei Minuten «parkiert» werden.

Nikotinpflaster

Täglicher Wechsel des Anwendungsortes vermindert die Nebenwirkungsrate, das heisst lokale Hautreizung. Aufkleben an unbehaarten Hautstellen, zum Beispiel Lendengegend, Schulter, Rücken.

Nikotin-Inhalator

Keine tiefen Inhalationen, keine Lungenzüge. Der Wirkstoff wird im Mundbereich aufgenommen und sollte durch kurzes und wiederholtes «Paffen» in den Mund hineingezogen werden.

Nikotinmundspray

Keine Inhalation während der Anwendung. Nach dem Sprühstoss wenige Sekunden warten, ohne zu schlucken.

Bupropion (Zyban®)

Zwischen der Einnahme der ersten und der zweiten Tablette sollten mindestens acht Stunden verstreichen.

Die Einnahme am späten Abend ist jedoch weniger günstig wegen Nebenwirkungen in der Nacht (Träume). Deshalb zum Beispiel um 8 Uhr und um 16 Uhr einnehmen.

Vareniclin (Champix®)

Die Einnahme mit ausreichend Flüssigkeit (mindestens ein Glas Wasser) oder nach Nahrungsaufnahme vermindert die Nebenwirkungen (z.B. Übelkeit).

Bei vermuteter Unverträglichkeit oder Nebenwirkungen kontaktieren Sie frühzeitig Ihren behandelnden Arzt oder Hausarzt.

Rauchende mit COPD sind in der Regel stärker nikotinabhängig. Daher empfiehlt es sich, für den Nikotinersatz zwei verschiedene Produkte gleichzeitig anzuwenden, zum Beispiel ein Nikotinpflaster und zusätzlich bei Verlangen nach einer Zigarette ein kurzwirksames Produkt, wie beispielsweise Kaugummi, Lutschtablette, Inhalator oder Mundspray. Die Gefahr einer Nikotin-Überdosierung ist sehr gering. Viel häufiger ist eine ungenügende Dosierung, die wegen Entzugssymptomen zum Rückfall in das Rauchen führt.

In wenigen vergleichenden Studien zeigt sich, dass Akupunktur, Hypnose und das Buch «Endlich Nichtraucher» nicht wirksamer sind als Rauchstoppberatungen bei gesunden Rauchenden. Falls mit diesen Methoden das Ziel Rauchstopp erreicht wird, ist es besonders wichtig, durch wiederholte Beratungsgespräche die anhaltende Rauchabstinenz zu unterstützen.

Elektronische Zigaretten sind Geräte, die ohne Verbrennungsprozess eine Inhalation einer meist nikotinhaltigen Lösung erlauben. Da weniger Schadstoffe im Vergleich zum Zigarettenrauch inhaliert werden, erhoffen sich Rauchende mit dem Wechsel zur elektronischen Zigarette eine Schadensreduktion und somit einen Vorteil für die Gesundheit. Die inhalierten Flüssigkeitsgemische enthalten jedoch mehrere andere Stoffe (unter anderem krebserregende Substanzen), deren Auswirkungen auf die Konsumenten ungenügend untersucht sind. Zudem gibt es ungenügende Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit dieser Produkte, besonders bei COPD-Patienten. Aus diesen Gründen sind diese Produkte nicht als Medikamente registriert und werden für den Rauchstopp auch nicht empfohlen.

Hauptziel der Rauchstoppbehandlung ist mittelfristig eine vollständige Rauch- und Nikotinabstinenz. Für Rauchende mit COPD ist für einen nachhaltigen Rauchstopp die Kombination von wiederholten Beratungsgesprächen mit einer medikamentösen Unterstützung wissenschaftlich am besten belegt.